

(大森分科会長)

ずっと当たり前のようにこの時間帯で組んでいるんですね。前から疑問で、専門の先生にお聞きした方がわかりやすいと思っていたので。

(井部委員)

朝一番のケアは非常に多様性があるので、それはケアプランの中に盛り込むべき。

(川尻計画課長)

2人制については、2人でなければいけないという基準を設定するかどうかという問題であり、サービス提供側の安全性を確保しなければいけないのは事実だと思うが、すべての夜間対応型ホームヘルプを2人制とするかどうかは、よく検討した上で基準を設定しなければいけないと思っている。

訪問看護の関係については、今回新しく設けるのはホームヘルプの夜間対応型だが、例えばコールセンターに医療ニーズも含めた声が寄せられた場合には、訪問看護ステーション等とよく連携を取って同時訪問をする形で対処ができると考える。

(田中(雅)委員)

夜間対応型の訪問介護は、どのような家族形態であっても大変必要なサービス。それは独居高齢者のみならず家族同居であったとしても、現在の家族の状態は一概に家族が介護する状況にはない中で必要なことだと思う。既にモデル事業として世田谷と長岡の方で行われたということで参考資料に出ているが、世田谷という都市部の人口密集地と、それから長岡が4万数千だったとしても、その地域においてオペレーションセンターや、あるいはそのセンター、事業所が活躍する場、時間、訪問するに当たっての時間などが変わってくると思う。今回示された中では基本的に都市型をお考えだが、むしろ過疎地の方がサービスが必要ということもある。次回で結構だが、世田谷、長岡において、どのようなときにどのような形でサービスを利用されたのか、中身を知りたいことと、面積なども示していただければ自分の地域の中ではこういう形というものが想定できると思う。

(対馬委員)

小規模多機能の報酬設定に関する論点だが、出来高払いはなじみにくいので「標準的なサービス利用量を設定し」ということだが、「標準的な」というのは各個々人についての標準的なことを設定するのか。それとも、全体的にあるカテゴリーみたいなものを設定してやっていくのか。

今の話と関連するが、包括というのは診療報酬などでもよく主張するが、多少のばらつきであれば包括払いというのは当然それを前提にするが、通い中心になると、当初の設定と実態が乖離しないのか。その辺りをどう考えるか。

夜間対応についても出来高と包括の関係が書かれているが、これも標準的なサービス

量をどう考えるのかと、従来型にも夜間等の訪問介護加算があるが、そことの関係をどのように考えていくのか。

(川尻計画課長)

まず小規模多機能型居宅介護の標準的なサービス設定だが、個人ごとではなく、例えば要介護度3とか4というものを念頭に置いて、その場合の標準サービスのパッケージがどのくらいかを考えた上で、それに見合う報酬を考えるということである。

サービスの要求水準、提供水準にばらつきがあるのではないかという点は、我々も懸念している。そういう意味で、報酬を各保険者ごとに引き下げる仕組みはあるが、一方で、都市部等で人件費の高いところでこの報酬ではやっていけない場合、個別に引き上げるという対応もできるような仕組みを考えたらどうかというような提案もさせていただいている。

夜間対応型のホームヘルプについても考え方は同じだが、報酬の設定の仕方は、コールセンターのサービスから巡回型あるいは随時型サービス、全部パッケージでやるものと、オペレーションサービスのみをパッケージ化して、それだけを包括化するものと2つ分けた形で提案しており、それぞれの標準的なパッケージは当然違ってくると思っている。

(対馬委員)

今の段階だと出来高がいいのか、包括がいいのかくらいなので、なかなか議論に入りにくいという感じがするので、いずれ具体的な形で提案をしていただければと思う。

(沖藤委員)

小規模多機能と夜間対応が地域密着型サービスの中に入ったことは大変うれしく、ありがたい。そこで、小規模多機能だが、この多機能というのがちょっと過剰期待を巻き起こしそうな気がしている。例えば、地域包括の方で虐待防止早期発見というものがあるわけだが、今はその駆け込み宿的な機能は一体どこが持っているのか。介護保険ですから当然認定を受けていないといけませんが、虐待を受けている人すべてが認定を受けているわけではない。そうすると、市町村が対応する場合に、この駆け込み宿的な機能は多機能といったときに入ってくるのか、入ってこないのか。入ってこないとしたら、逃げ場所のない人はどこへ逃げればいいのか。

夜間介護だが、私も大変夜間介護に苦勞をした覚えがあるので、是非とも設置をと願っていた制度なので大変うれしく思う。それで、家族が介護していても夜に眠れないことがあるので、利用者の範囲を広げていただきたいということと、利用者の心理的抵抗感の中にかぎの問題がある。ホームヘルパーはかぎを預かるのが嫌で、利用者はかぎを預けるのが怖い。では、一体どうやって家の中に入ればいいのか。家族はぐっすり寝ている。そこで、モデル事業の中でかぎのことはどう取り扱われたのか、教えていただきたい。

(川尻計画課長)

虐待の駆け込み的などころをどうするかだが、まず相談を受けるとか、虐待を発見し、どう受け止めていくかは、地域包括支援センターが担うことになる。

市町村が小規模多機能型のサービスを利用した方がいいと判断し、契約によることが難しい場合は、市町村による措置も可能な仕組みである。

鍵の問題等については、夜間ホームヘルパーのサービス実態について資料要求もあつたので、合わせて整理をして次回にお示しをさせていただきたい。

(永島委員)

中重度というのは、介護度においては介護度2がそうなのか、3までが中度なのか、その辺を参考に、どういうイメージなのか伺いたい。

それから、認知症について配慮をされている感じが読み取れて、とてもありがたいが、介護度が中度くらいの方がかえって本人がよく動いたり、夜中に騒いだりというようなことがあり、ショート等でも引き取ってくださいと言われるのはむしろ介護度の軽いところが多い。

その辺について、ずっと前から申し上げているが認定基準の中に認知症の部分をどう盛り込むのか。その辺についてどのように考えているのか。

(川尻計画課長)

サービス利用者の中重度とはどの辺かについては、仮に中重度を要介護度3以上と考えても、要介護度3以上の方のみに限ってサービスを提供するのではなくて、そういう方を念頭に置いて標準的なサービスパッケージをつくり、その上で、要介護度2あるいは要介護度1の方の報酬をどう設定するかという整理をさせていただくことになると思う。いずれにしても、どこかで区切って、それより軽い方はこのサービスを利用できなくするという事は考えていない。

(三浦老人保健課長)

要介護認定の件は、平成15年に一定の見直しを行い、認知症に対する考え方を改善したが、介護サービスの内容が変われば介護の方法論あるいはそれに要する手間も変わるので、今後とも要介護認定の手法については改善に努めていく。その一環として、平成18年度の概算要求の中でも要介護認定の考え方について一定の検討を行っていきたいと考えている。

(永島委員)

夜間の訪問看護はありがたいが、これは認知症の人に使えるか非常に不安である。私も介護中に一番大変だったのは、夜、介護者が眠れないことで、だからと言って認知症の人に対しての訪問介護がどうイメージできるのか。

それから、認知症全体についての加算はどうでしょうか。それが利用者負担になってしまうと困るが、その辺はどう考えているのか。

(川尻計画課長)

夜間のホームヘルプが、どのくらいの地域で18年度早々からできるのかということについて、直ちに日本全国で展開するのは難しいかもしれないが、例えば、家族と一緒に住んでいる認知症の方々の場合、夜間のホームヘルプ事業所が家族と連携を取ってどのようにうまく使っていただくかを考えていくということだと思う。

それから、認知症への加算は、包括的な報酬を設定するときに個別の事情をどの程度勘案して設定するということであるが、個々人の事情は相当違っても、同じ報酬を設定していくことが基本になるので、そういうことを踏まえてここで議論いただきたい。

(喜多委員)

まず、7ページに「②利用者対象に関する論点」とあるが、これだけ読むと、別に何とも思わないが、本当にこういうサービスをしていくことになれば他の地域密着型のサービスと特養等の施設入所とかとの住み分けが必要になると思うが、どうか。

それから、次の8ページの一番上だが、介護支援専門員が利用者のケアマネジメントをすべて行うのは必要だが、サービス事業者と支援事業者の独立性が少し疑問になってくると思うが、これは一体どうなるのか。

それから、その下段の方で「④報酬設定に関する論点」で包括的報酬のことが書いてある。私は反対ではないが、加算や減算や、現実に包括的な金額を決めるときには相当議論をする必要があると考えている。

それから、グループホームにおいてショートやデイの提供が考えられるとあるが、本当に可能なのか、疑問を持っている。敷地、建物からして難しいのではないか。

いろいろ議論を長い間やってきて、法律改正が行われた。それに対して、今年の年末までにいろいろなケースを出さなければならないということなので、時間的にも非常に問題があるが、具体的な案が余り出てこずに先ほどからいろいろな質問が出ている。これで時間がうまくいくのかなという疑問がある。

それから、変更の仕方を柔軟にしろという意見で、私ももともとだと思う。井形先生がかつて走りながら考えると言われた。これは全く同じことだと思うが、現実に今までそうっていない実態からして、事務局はそのように柔軟に考えていただけなのかどうか。

それから、国が一定の基準を決めて市町村で数字を変えてもいいと言うが、どうも話を聞いているとだんだん大きい施設関係がしんどくなってきて地域密着型に小型化していく。それは市町村に権限を与えることで、市町村の権限が増えてくると同時に責任が増える。しかし、現実の問題として国保にしても老人保健にしても介護保険にしても市町村はお金を集めて支払うのが保険者の仕事で、本当の意味の経営者としての権限は与えられていなかった。今回、若干でもその金額を認めると言うが、うがった見方をすればだんだんしんどくなってきたから全部そちらへ渡してやれと言ってるように聞こえる。

最後に、「市町村」という言葉と、「市町村(保険者)」という言葉と、そして先ほど説明の中で「保険者である市町村」と使い分けているが、どれが一番正しいのかよくわか

らない。それを最後に教えていただきたい。

(川尻計画課長)

地域密着型サービスを6つ挙げているが、どういう形でその相互の住み分けをするかについては、それぞれサービスの特徴があるので、例えば小規模型の特養等になると重度者、比較的軽度の場合はデイサービス系という話になると思うが、どのサービスを選ぶかは本人の選択及びケアマネージャーがどういうものをコーディネートするかということになる。

それから、言葉遣いについては、先ほど老人福祉法の関係で措置ということで使った以外は、介護保険制度の市町村はすべて保険者という意味で使っている。今後資料はよく精査したい。

(山崎総務課長)

まず、間に合うのかという指摘だが、何としても間に合わせる必要がある。今回私もがつくった論点は、今後具体的なスキームを提案するときどうしても必要な部分であり、それなりに考えたポイントと思っている。ここである程度方向性が出れば、もちろん具体的な水準をどうするかは最後に残るが、スキームとしてはもちろん年末までに決める必要はあるので、そのスケジュールでちゃんとやっていきたい。

それから、だんだん細かな基準になっていくという性癖があり、その点でいくと今回の地域密着はそういうことがないように、名前も地域密着ということを法律で書いたわけで、そこは私どもなりに常にそういう気持ちを戒めながら、いかに地方分権の方に推進できるかということで努めてまいりたいと思っている。

(横山委員)

小規模多機能型居宅介護で利用対象者について、中重度を大体要介護度の3以上という概念を持った場合、これは要介護認定でサービスを指定するという考え方はないということでもいいのか。また、介護報酬で格差を付けるという考えが、先ほどの答弁の中であつたが、そういうこともないと認識していいのか。例えば軽度者と、3以上の人のサービスを制限することもないと理解をしていいのか。

それから、人員配置だが、介護支援専門員の必置について、全体としてのケアマネジメントを行うということだが、医療系の居宅サービスあるいは福祉用具サービスも含めてマネジメントをするのか。マネジメント全体の給付管理も行うのか。職員の質の確保にある囲い込みとの関係をどう整理するのかお伺いしたい。

併設事業所について、附帯決議に既存の施設を活用するという文言があるが、特養や老健に併設されているデイサービスやデイケア、あるいはショートステイをなぜ活用しないのか。それから、市町村が指定する地域密着型以外にも単独型のデイサービスや、あるいは単独型のショートステイといった施設もあるわけで、それらの多様な事業形態を認めるべきではないか。

認知症グループホームの在り方が非常に多機能強化をされてきている。精神症状や行

動障害に対象を拡大したり、ターミナルケアやショートステイやデイサービスを併設していくということで方向性が示されているが、一方でグループホームのケアの質は大きい問題がある状況と認識をしている。それにもかかわらずこれだけ重装備にすることは、保険財政の圧迫につながらないか。これだけグループホームが重装備になれば、居宅介護の範疇は超えて、施設と言われるものではないかと懸念がある。

(川尻計画課長)

中重度ということについては、ある程度の要介護度をイメージした上で、利用については中重度者に限らない仕組みをつくっていくのは、そのとおりである。

ただ、要介護度別に介護報酬の設定をしていくことが基本と思うので、例えば要介護度が1の人と5の包括報酬は、同じ報酬ではないのが通常の方と思う。

それから、小規模多機能型に仮に必置とした場合のケアマネージャーがどこまでのマネジメントを担当するかは、一般的なケアマネージャーと同じなので、他の医療系のサービスも含め、ケアプランをそこでつくっていただくという意味合いで提案をさせていただいている。

それから、グループホーム、小規模多機能の質が本当にちゃんと確保できているのかについては、本日の資料の中でも、小規模ゆえの透明感のなさなどについて、例えば研修を義務付けるとか、外部評価等を義務付けることを書いているが、もしよい御提案があれば、反映をさせていただきたい。

それから、小規模多機能型について、居住機能を併設する場合と思うが、特養、老健施設などをなぜ活用しないのかだが、小規模多機能型の居宅サービスは高齢者が自宅で生活をされているときに、自宅での生活をどうやってバックアップしていくかであるので、特養とか老健施設を経営している法人が、地域に出かけて行って小規模多機能型のサービスを展開していただくのはいいが、特養とか老健に併設する形で、地域と離れた形で小規模多機能型の場所が決まってしまうようなことは、もともとのサービスのコンセプトと違うのではないかということである。

(野中委員)

地域密着型のサービスにはいろいろな関係が大事と思うが、医療との関わりが最も大切である。ただ、そこで医療を重点的に提供するとの視点ではなく、大事なものは健康管理である。多職種との連携をどうつくっていくのか。そこには、どうしてもターミナルの視点も必要だが、言葉で言うのはやさしいが、それをどの様に実施するのか。

それは、病診連携等を含めて、これは主として医療側の問題だと思うが、多職種との連携も重要なことなので、その連携において医療が必要なときに適切に医療が提供できる体制を構築していくかという部分も含めて医療の在り方を十分検討する必要がある。そうしないと、住み慣れた地域で生活を継続することがなかなかできないことになるので、十分その辺も今後の検討に入れていただきたい。

(村川委員)

まず、小規模多機能の居宅介護で大事なことは、ベーシックな基準は国としてきちんと体系だって確立していただく必要があるが、地域における展開は多様であるので、その多様な展開を保障できる柔軟な対応がポイントではないかということは全く同感であるので、それをより具体化する提案をいただきたい。

2つ目は、夜間の訪問介護等の関係だが、現行の訪問介護事業所の基準的な運営から考えると、今2つの地域で行われているモデル事業で例えばサービス提供責任者の位置付けや訪問介護計画といった内容的な質を担保するものが、必ずしも今のペーパーで見るとははっきりしていない。ある一つの地域の提供体制を拝見すると、その管理者とかオペレーター、確かにこういう位置付けもあってもいいかなとも思うが、経費の効率化等を考えると、むしろプレイングマネージャーのようなやり方とか、看護師の方とペアにした形での訪問看護と訪問介護を組み合わせるようなものが、特に重度・重症の方へのきめ細かい対応を考えた場合には、単なる訪問介護員のレベルだけでよいのかどうか。この辺はもう少し検討すべき課題なり、地域における展開がその複数のパターンを認めるような運営基準をつくっていただいてよいのかなという気がする。

それから、事業所における管理者の資格基準、これは一般的な問題だが、医療の分野と違って介護サービスの管理者についてこれまで必ずしも十分問われてこなかった経過もあるので、そこも含め、やはり質の高い管理が行われるためにも、こういう小規模多機能等も含めた柔軟な展開の中ではプレイングマネージャー、あるいは明確な資格を持った方が調整に当たるような運営形式を考えるべきではないか。

それから、認知症のグループホームについては全体としてはよい方向だが、駆け込み設立のような動きについては、来年度からの市町村中心の展開を考えると、いま少し市町村、都道府県が連携をとって、今後の地域にとって本当に望ましいグループホームを確保していく必要がある。先ほども意見があったが、基本的にはグループホームの多機能化には賛成である。ただ、その上でこのグループホームがターミナル段階まで対応できるグループホームと、必ずしもそうでないところなど、やはり多様な類型運営のようなことも考えるべき段階にきているのかなという意見を持った。

(石井委員)

国会審議の中でも医療との連携強化が出ているが、ただ、その基準で、地域密着型サービスの事業者は少なくとも協力医療機関を持つとか、かかり付け医がないときはきちんと連携がとれるとか、そういうものが基準としてあるのか。今からここで議論をしてつくっていくのか。

基本的な情報をちゃんと持っていないと対応できないことはよくあるが、医療機関や訪問看護ステーションの連携を図るためにオペレーションセンターを利用する。では、オペレーションセンターがこの対象者の方、利用者の方の情報を持っているのか。それがきちんとつないでいけるのか。特に夜間対応などを考えたときには非常に怖いと思うが、その辺りはどうなのか。

(山崎総務課長)

私も現場を見たが、非常にしっかりした情報を持っており、電話が鳴った時点で画面にほとんどアセスメントができて、この方はどういう状況かとやっている。しかも、定時訪問なりに入っている方の情報は随時入るという格好で、電話で初めて聞いてどうしたということでは間に合わないので、ちゃんとやっている。逆に言うと、基準でもそこはしっかり担保するということになるのではないかと思う。

○大森分科会長より閉会の宣言